

# SFAM-NYTT

Nr1 1981 Nytt från Svensk Förening för Allmän Medicin



# FÖRENINGSNYTT

Rapport från SFAM:s  
årsmötesförhandlingar  
den 6 december 1980, Stockholm

I närvaro av cirka 70 medlemmar höll SFAM traditionsenligt sina årsmötesförhandlingar i anslutning till Medicinska Riksstämman i Älvsjö.

Vid genomgång av verksamhetsberättelsen utspann sig en livlig diskussion angående innehållet i den kommande allmänläkarutbildningen. Det betonades från ett flertal håll betydelsen av att föreningen kraftfullt verkar för en god kvalitet i allmänläkarutbildningen, där handledarfrågan är av central betydelse oavsett om allmänmedicindelen är 18 eller som det föreslås i AgA-utredningen 24 månader. En stor majoritet av de närvarande medlemmarna uttalade sitt stöd för styrelsens ställningstagande till 24-månadersalternativet. Sedan verksamhetsberättelsen lagts ad acta, revisionsberättelsen föredragits och godkännts, beviljades styrelsen ansvarsfrihet. Härfter förrättades val av förtroendemän: **Matts Beling** omvaldes till vice ordförande för 1 år, **Magnus Eriksson** omvaldes som kassaförvaltare för 1 år och som ordinarie ledamöter för 1 år omvaldes **Bengt Johansson**, **Mats Finsson** och **Bo Haglund**. Till ny ordinarie ledamot i styrelsen efter **Willy Niwhede** valdes **Birgitta Hovelius**. Förteckningen över styrelseledamöter finner Du i separat ruta.

Vi i styrelsen är tacksamma för kontakt med våra medlemmar. Har Du några synpunkter eller förslag rörande föreningens arbete, så hör gärna av Dig till någon av oss.

Till fullmäktige i Svenska Läkaresällskapet för 2 år valdes **Christer Gunnars-**

son och **Matts Beling** och som suppleanter **Bengt Johansson** och **Bo Haglund** och till revisor valdes **Eje Halleberg** och **Torsten Lindahl**, nyval resp. omval. Till revisors-suppleanter valdes **Lars Rudbäck** omval och **Tord Dafgård**, nyval.

Årsmötet beslöt välja 4 ledamöter till valberedningen för kommande år; **Gustaf Haglund**, sammankallande (omval), **Ingrid Linnarsson** (omval), **Tord Dafgård** (omval) och **Willy Niwhede** (nyval).

Till hedersledamöter i Svensk Förening för Allmän Medicin valdes föreningens grundare **Stig Walentin** och förre ordföranden **Gustaf Haglund**.

Årsavgiften för 1981 fastställdes till 100 kronor.

Styrelsens förslag till analys av ämnesområdet allmän medicin föredrogs av ordföranden. I den följande diskussionen betonades att detta dokument mot bakgrund av den dynamiska utvecklingen inom allmänmedicin ej är att betrakta som helt slutgiltigt utan kan komma att behöva modifieras inom ett par år.

Vid årsmötet antogs med stor majoritet ett uttalande vari krävdes att grova våldsinslag i videofilmer stoppas.

Efter ajournering på grund av tidskäl för de vetenskapliga förhandlingarna återupptogs årsmötet med en kort översikt av ordförandens angående styrelsens syn på föreningens arbete med den framtida läkarutbildningen. Då härmed sammanhängande frågor i stor utsträckning hade behandlats i samband med att styrelsens verksamhetsberättelse diskuterades, följde ingen ytterligare diskussion och årsmötet avslutades.

av **Ingvar Krakau**

## STYRELSELEDAMÖTER

1981

### SVENSKA FÖRENINGEN FÖR ALLMÄN MEDICIN

<b>Matts Beling</b> vice ordförande	Betaniastiftelsens sjukhus Grev Turegatan 59 - 61 114 38 Stockholm Tfn arb 08-24 09 00, bost 0756-322 58
<b>Magnus Eriksson</b> kassör	Repslagargatan 3 A 951 35 Luleå tfn bost 0920-158 56
<b>Mats Finsson</b>	Läkarhuset Kungsgatan 43 753 21 Uppsala Tfn bost 018-11 14 00
<b>Christer Gunnarsson</b> ordförande	Terassvägen 25 891 00 Örnköldsvik Tfn arb 0660-813 00 bost 0660-149 92
<b>Bo Haglund</b>	Hälsövärdsenheten Kärnsjukhuset 541 85 Skövde Tfn arb 0500-192 29, bost 0550-310 00
<b>Birgitta Hovelius</b>	Vårdcentralen Dalby Skolgatan 1 240 10 Dalby Tfn arb 046-20 92 00
<b>Bengt Johansson</b>	Blombackagatan 13 151 60 Södertälje Tfn arb 0755-822 50, bost 0755-199 16
<b>Ingvar Krakau</b> vetenskaplig sekreterare	Sollentuna vårdcentral box 164 191 23 Sollentuna Tfn arb 08-96 81 00, bost 08-753 13 50
<b>Göran Sjönell</b> Facklig sekreterare	Askrikevägen 11 181 46 Lidingö Tfn arb 08-34 02 40, bost 08-756 39 98

### PRIMÄRVÅRDEN HAR FÅTT SIN FÖRSTA PROFESSOR!

Leif Svanström, en för många allmänmedicinare välkänd profil utnämndes den 20 november till professor i socialmedicin och tillika distriktsläkare vid Vårdcentralen Kronön i Sundbyberg. Därmed blev han Sveriges första distriktsläkare – professor.

Forskning och undervisning på institutionen kommer speciellt att inriktas gentemot närsamhällets problem och där är

det speciellt tre områden som kommer att prioriteras:

1. Kartläggning av sjuklighet och dödlighet.
2. Kartläggning av miljö och miljöfaktors betydelse för sjuklighet speciellt vad gäller sociala orsaker.
3. Sjukvårdens (speciellt primärvårdens) anpassning till befolkningens behov.

Professurens och institutionens arbete skall enligt officiell beskrivning inriktas mot primärvård varför vi kan förvänta oss

en utveckling mot allmänmedicinens samhällsmedicinska innehåll.

Epidemiologi och prevention utgör ju i det här avseendet ett gemensamt kunskapsfält för allmänmedicin och socialmedicin.

Med tanke på Leif Svanströms långvariga arbete med hälsovård inom primärvården bör vi ha ett gott hopp om att institutionens arbete även i framtiden kommer allmänmedicin till del.

SFAM-Nytt gratulerar och önskar Leif Svanström lycka till i utvecklingen av primärvården.

# Misstroende för allmänläkarvården?

— Sjukvårdsminister E. Holm tolkar satsningen på primärvård som ett misslyckande. —  
— Matteus Vårdcentral ger svar på tal! —

I ett par artiklar i pressen de senaste månaderna har sjukvårdsminister Elisabeth Holm citerats på uttalanden, där hon framför en direkt misstro mot allmänläkarvårdens kompetens och förmåga. Detta är allvarligt bl.a. med tanke på sjukvårdsministrarnas politiska ställning. Det måste dock vara ett krav att personer som innehar ämbeten som E. Holm tillser att de är välinformerade innan de uttalar sig offentligt. De uttalanden som sjukvårdsministern gjort får i bästa fall ses som illvillig citering, alternativt att hon framför personliga åsikter eller information från rådgivare, som i båda fallen visar på okunnighet om den allmänmedicinska verksamheten.

Ur Norrländska Socialdemokraten den 12/11 -80 hämtar vi bl.a. följande: Sjukvårdsministern konstaterar att vården av äldre får en allt större betydelse. Samtidigt är hon kritisk mot ökningen av öppenvård utanför sjukhus. "Här har landstingen på kort tid byggt vårdcentraler och anställt läkare. En av tankarna bakom detta var att man på så sätt skulle avlasta sjukhusen och akutsjukvården. Det är ännu för tidigt att dra några definitiva slutsatser av denna utveckling. Men det ser faktiskt ut att bli ett rejält misslyckande. Trots utomordentligt stora satsningar både på personal- och byggsidan har man inte lyckats avlasta sjukhusen ett dugg."

Dessa uttalanden kan inte tolkas på annat sätt än att sjukvårdsministern är kritisk mot satsningen på allmänmedicin och på primärvård. Inte ens primärvårdens värsta belackare vågar göra sådana uttalanden, då de helt saknar underlag för sådana slutsatser.

Så tillvida har Elisabet Holm sannolikt rätt att utbyggnaden av primärvård hitintills inte medfört någon markant minsk-

ning av sjukhusbesöken. Detta beror dock sannolikt på att det samtidigt skett en totalt sett än större resurstilldelning till den slutna vården under motsvarande tid. Det kan också vara på sin plats att påpeka att den regering som sjukvårdsministern företräder på intet sätt medverkat till att underlätta privatpraktiserande allmänläkares verksamhet, utan tillåtitt att denna vårdform succesivt minskat, med den följd att trycket på den offentliga primärvården och sjukhusvården ytterligare ökat.

Skall man som politiker garantera sig, att en satsning på primärvården skall medföra att patienter enbart söker sig dit, så måste man göra en motsvarande begränsning av den slutna vården. Så länge man bygger ut två parallella vårdssystem samtidigt, så söker sig naturligtvis patienterna till båda.

För att visa att sjukvårdsministern har fel i sina uttalanden så vill vi helt kort referera en undersökning, som visar att en satsning på en fullvärdig primärvård medför en minskning av sjukhusbesöken. Vid Matteus Vårdcentral presenterades den 11/12 -80 en delrapport, som visar på denna tendens. Ur denna rapport hämtar vi bl.a. följande:

Matteusborna har som enda upptagningsområde i Stockholm minskat sitt utnyttjande av de s.k. "journbilarna", med 25 % mellan -78 -80. Vid jämförelse mellan 1978 -1980 fann man också att Matteusborna minskat sitt utnyttjande av slutenvårdens öppna mottagningar med mellan 20 -40 %, beroende på sjukhusklinik. Besöken på Sabbatsbergs akutmottagning minskade under samma period med 50 %.

Detta är några av de data man uppmätt, när man studerat effekten av en utbyggd primärvård med fullgoda resurser. Man garderar sig dock i viss mån för storleken av de angivna siffrorna, men slår fast att

tendenserna är helt klara!

Helt kort vill vi också nämna ett uttalande av sjukvårdsminister E. Holm i Läkartidningen 49/-80: "Skall vi ha allmänläkare, ska de vara välutbildade. De måste skaffa sig gedigen och kvalificerad utbildning på sjukhus. Rutinerna på en vårdcentral sätter de sig nog ganska snabbt in i". Detta uttalande är alldeles klart ett uttryck för sjukvårdsministrarnas bristande kunskaper om den allmänmedicinska verksamheten.

Det är dock viktigt att vi som allmänläkare inte bara avfärdar sjukvårdsministrarnas uttalanden som tecken på okunnighet. Ur vår synpunkt måste de anses vara en varningsklocka, att inte ens så framstående politiker bibringats kunskap i allmänläkarvårdens verksamhet och kompetens. På så sätt pekar de också på konkreta åtgärder, som är viktiga att vidta för allmänläkarna.

Vi måste ta vårt ansvar för den verksamhet vi arbetar med och tror på, så att den inte ånyo åsidosätts till förmån för andra specialiteter och andra ideer om sjukvårdens organisation. Tror vi på allmänmedicin som specialitet, allmänläkarvård och primärvård, så måste vi sprida ut vår kunskap och vår övertygelse. Detta skall inte ske enbart till ett fåtal tjänstemän eller välvilligt inställda politiker utan till allmänheten i sin helhet. Detta kan t.ex. ske genom att vi tar initiativ till att informera samtliga politiska partier, fackföreningar och olika intresseorganisationer, såväl på det lokala som på rikspanet.

Det är som vi ser det en viktig uppgift för allmänläkare, och frågan är för närvarande aktuell inom SFAMs' styrelse.

Magnus Eriksson (Red.)

SFAM-NYTT, periodisk tidskrift för Allmänmedicin. Ansvarig utg. Ingvar Krakau, Medicinsk red. Bo Haglund, Hälsovårdsenheten, Kärnsjukhuset, 541 85 Skövde. Huvudred. Magnus Eriksson.  
Adress: SFAM-NYTT c/o M. Eriksson, Respslagarg. 3 A, 951 35 Luleå.  
Tryck: Bild & Tryckerverkstan.  
Prenumerationsavgift: 50:-/år. för Studerande: 35:-/år.  
(Prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Sv. Föreningen för Allmän Medicin).  
Tidningen utkommer med ca 4-5 nr. per år.  
Prenumerationsavgift inbetalas på postgiro 65 59 74 - 4, Svensk Förening för Allmän Medicin - ange att avgiften avser prenumeration.

## INNEHÅLL

- 2 Rapport från årsmötesförhandlingarna den 6/12 . . . . . Ingvar Krakau
- 2 Primärvården har fått sin första professor!
- 3 Misstroende för allmänläkarvården . . . . . (debatt)
- 4 Vård av döende i hemmiljö . . . . . Sven Samuelsson
- 6 Psykologiska aspekter på vård av döende i hemmiljö . . . . . Ulla Qvarnström
- 9 Allmänläkares roll vid vård av döende. . . . . Wiveka Elme'r
- 11 Smärt och symptombehandling vid vård av svårt sjuka och döende. Elisabeth Killander
- 14 Hjälpmedel vid urin- och tarminkontinens. . . . . Borghild Ljunkvist
- 15 Diskussionen som kom bort? . . . . . (debatt)
- 15 Medarbeta i allmänläkarboken 2!

# Vård av döende i hemmiljö

—TERMINALVÅRD—

— Av Sven Samuelsson —

Långvårdskliniken, Allmänna sjukhuset, Malmö

Vård av döende har av olika skäl fått en ökande aktualitet senare år.

Man har börjat diskutera vårdens innehåll och funnit att denna vård på sjukhus ofta har en alltför uttalad medicinsk prägel och att man dåligt tillgodoser de döendes speciella behov av omvårdnad och psykologiskt omhändertagande.

## Förändrad syn på döden

Utvecklingen i västerlandet under de senare decennierna har präglats av en stark framtidstro med tyngdpunkten lagd på allt större effektivitet och teknologiskt kunnande. Samhället har blivit ungdomscentrerat. Man har kunnat finna tekniska lösningar på många problem inte minst inom medicinens område.

Inom sjukvården har man haft en benägenhet att till varje pris försöka bota alla sjukdomar. Dödsfall har därför ibland betraktas som misslyckanden och man har glömt att alla människor ju en gång skall dö. Man har förträngt döden. Döden har blivit något diffust, överkligt, skrämmande som man helst inte talar om och som man försöker tränga ur sitt medvetande.

## "Dödsfri" generation

Urbaniseringen har medfört att vi lever under helt andra förhållanden än tidigare. Tidigare var det ej ovanligt att både tre- och fyrgenerationsfamiljer bodde tillsammans. De äldre hade en central ställning i dessa familjer. Dödsfallen skedde vanligen i hemmets miljö och familjen var församlad kring den döende. Döendet och döden var sålunda inga främmande företeelser för familjemedlemmarna. Idag existerar icke detta flergenerationsboende; vanligen bor endast högst två generationer tillsammans.

Denna utveckling samt den ökande medellivslängden har medfört att vi för första gången i vår historia kan sägas ha en "dödsfri" generation. Av dagens 25-åringar är det nämligen endast en av åtta som upplevt att förlora en av sina närmaste anhöriga d v s föräldrar eller syskon. (Utredningen "I livetets slutskede". Huvudbetänkande. SOU 1979:59)

## Sjukvård i livetets slutskede

Under 1970-talet har en omvärdering sakta börjat ta form. Man har börjat inse att teknologin inte medfört den allt högre

grad av lycka som man hoppats på. (Löhmänn 1973). Tvärtom har utvecklingen lätt till allt större problem, inte minst miljöproblem. De allt större ekonomiska problemen de senaste åren har dessutom tvingat oss att inse att någon ytterligare expansion knappast är tänkbar. Detta har lett till en viss tillnyktring. Inom den medicinska sektorn börjar man tala om omvårdnad, psykologiska aspekter, livskvalitet, meningsfull vård etc.

I linje med detta tillsattes 1974 en utredning som skulle behandla "vissa frågor beträffande sjukvård i livetets slutskede". I utredningen har bl a professor Ulla Qvarnström deltagit. Utredningen har publicerat sju delrapporter:

1. Vårdpersonal. Utbildning och attityder. (SOU 1977:81)
2. Att dö på sjukhus. (SOU 1977:82)
3. Patienter. (SOU 1977:85)
4. Läkaren och den svårt sjuke patienten. (SOU 1978:82)
5. Anhöriga. (SOU 1979:20)
6. Plötslig och oväntad död — anhörigas sjuklighet och psykiska reaktioner. (SOU 1979:21)
7. Barn och döden. (SOU 1979:22)

Utredningens huvudbetänkande kom 1979 (SOU 1979:59)

## Terminalvård i hemmet?

Ett led i samma utveckling kan sägas vara de senare årens ökade satsning på primärvård. Man har velat betona begrepp som t ex närhet, kontinuitet och trygghet.

Det är då helt naturligt att man börjat diskutera möjligheterna att kunna ge vård åt döende i hemmiljön. Är det mot bakgrund av dagens samhällsstruktur och attityder möjligt att ge en sådan vård? Vilken typ av patienter och hur många skulle kunna utnyttja anhöriga som resurs och hur skall man psykologiskt kunna stötta patienterna och de anhöriga? Skall vården handhas av primärvården eller av sjukhusen? Hur kan distriktsläkarna, de privat-

praktiserande läkarna och företagsläkarna inlemmas i denna vård?

## Bakgrund

Först några ord om var vi dör i dagens samhälle. I Sverige inträffar varje år drygt 80 000 dödsfall. Var sker dödsfallen?

Inte mindre än 80 - 85 % av dessa sker på sjukhus eller annan institution. De flesta dödsfallen kan hänföras till cirkulationsorganens sjukdomar, den näst största gruppen utgöres av tumörsjukdomarna. Dessa båda grupper är helt dominerande och omfattar mer än hälften av alla dödsfall.

## Var vill vi dö?

Man vet väl egentligen väldigt lite om detta. Ganska mycket talar dock för att fler än idag skulle vilja dö i sin invanda miljö om detta kunde ske under betryggande former och utan alltför stor belastning av anhöriga och närstående. Att dö hemma innebär för de flesta att dö där man känner sig trygg, omgiven av det som är välbekant både när det gäller människor och ting.

Vi vet att många människor som dör på sjukhus dör helt ensamma. Inte sällan flyttas döende patienter från t ex äldreomsorg till akutintag på sjukhus för att där dö efter några timmar. Detta är klart inhumant.

## Förutsättningar (för terminalvård i hemmet)

Vad fordras för att vården av döende i hemmiljö skall kunna ske på ett medicinskt godtagbart och psykologiskt tillfredsställande sätt?

Enligt min uppfattning måste följande faktorer vara tillgodosedda:

### 1) Basal omvårdnad

Vård av döende bör vara en uppgift för vårdtagare med speciella personliga egenskaper. Man måste kunna dela upplevelser och känslor med den döende men utan

att själv hamna i en kollapsituation. Ulla Qvarnström kommer att närmare beröra dessa viktiga problem. Mycket viktigt är att ge en adekvat smärtlindring vilket Elisabeth Killander kommer att tala om. Måltiderna måste utformas så att de upplevs som en angenäm stund. Jag vill här påminna om professor Astrid Norbergs och medarbetares poängterande av den psykologiska betydelsen av korrekt matning av patienter (Nilson 1980).

Här inställer sig även frågan om huruvida patienter som dricker dåligt behöver tillföras extra vätska parenteralt. Upplever och lider dessa patienter av törst? Enligt min och mångas uppfattning saknar man kunskap om huruvida extra parenteral vätsketillförsel kanske istället ökar lidandet till följd av smärtorna när droppet sättes eller går extravasalt. Det är troligt att det viktigaste är att sörja för en god munhygien varvid man i vissa fall kanske kan avstå från parenteral vätsketillförsel. Omvårdnadsforskning vad gäller dessa frågor pågår vid långvårdskliniken Malmö Allmänna Sjukhus.

Slutligen är det viktigt med tekniska hjälpmedel t ex bekväm säng ur både patientens och vårdarens synpunkt, ev liftanordning, fullgod hjälp med hygien, möjlighet till täta byten av sängkläder, handikappvänlig toalett eller andra möjligheter till bekväma toalettbesök nära sjuksängens m m.

## 2) Kontinuitet

Om det finns anhöriga som är villiga och som orkar att ställa upp kan dessa svara för kontinuiteten under viss del av dygnet. Men de anhöriga måste varje dygn få avlastning ett förutbestämt antal timmar.

I utredningen "I livets slutskede" (SOU 1979:59) föreslås att anhörig som avstår från förvärvsarbete för att vårda döende person skall kunna få ersättning från försäkringskassan motsvarande den anhöriges sjukpenning under högst 30 dagar. Personligen anser jag att denna tidsgräns är för snävt tilltagen. I många fall kan den sista vårdperioden bli längre än 30 dagar.

Hur skall kontinuitet med hemsjukvårdspersonal kunna upprätthållas? Det får vi säkert anledning att komma in på senare idag. I detta sammanhang vill jag endast peka på att man har mycket goda erfarenheter av så kallad lasarettansluten hemsjukvård såsom den bedrivs i t ex Motala (Beck-Friis 1980) och Linköping. På dessa platser sker vården i hemmet av sjukvårdspersonal anställd vid respektive långvårdsklinik. Denna personal inklusive läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster gör regelbundna hembesök hos patienterna. Dessutom deltagar kommunens hemsamariter i vården.

Kontinuiteten består i att patienterna hela tiden, hela dygnet, har långvårdskliniken att förlita sig till. Om någon svårartad komplikation eller sjukdomsförloppet inträffar eller om omvårdnaden i hemmet

blir alltför tung har dessa patienter absolut förtur till intagning på långvårdskliniken. Det syns mig vara förenat med vissa svårigheter att kunna tillförsäkra en sådan kontinuitet om vården istället bedrivs av primärvården utan tillgång till långvårdspplatser. Intentionerna för närvarande är ju dock att primärvården skall tillföras sjukhemsresurser och då borde man där kunna bygga upp liknande organisationer inkl dygnet-runt jour på läkarsidan.

På Ersta sjukhus i Stockholm har man planer på att öppna en speciell avdelning för vård av döende enligt förebild hospicerörelsen i England och speciellt St Christopher's Hospice i London. Enligt målsättningen skall patienterna efter en tids medicininställning kunna utskrivas och vårdas i det egna hemmet. Genom hembesök skall man underlätta och möjliggöra för dem, som så önskar, att så länge som möjligt stanna i sina hem (Bäck 1980). En nyckelfråga i ett sådant projekt torde vara rekryteringen av personal. Troligen måste personalen vara handplockad. Enligt uppgift har planerna ännu inte kunnat realiseras pga att politikerna ej beviljat erforderliga medel.

## 3) Trygghet

Genom kontinuiteten tillgodoses också tryggheten. Men det är även tryggt att få vara kvar i hemmets invanda miljö. Sjukhusmiljön i sig upplevs skrämmande av många patienter. Genom att patienten kan vara kvar i sitt hem behöver kanske mindre mängder sedativa och analgetika tillföras än om patienten är intagen på sjukhus.

Patienten är emellertid kanske ensamboende. Ett absolut trygghetskrav för en sådan patient är att hon vid behov snabbt skall kunna påkalla hjälp när som helst under dygnet och var hon än befinner sig i lägenheten. Patienterna kan ju bli så dåliga att hon inte kan telefonera på vanligt sätt, hon kanske har trillat i lägenheten och är ur stånd att ta sig fram till telefonen.

Vi anser oss vid Malmö Allmänna Sjukhus ha löst detta tekniska problem i samarbete med LM Eriksson och Televerket genom konstruerandet av en så kallad mikrodatorstyrd trygghetstelefon med tvåvägs talkommunikation (Hedlén o a 1979). Via en amulett som patienten bär på sig kan patienten var hon än befinner sig i lägenheten utlösa ett larm och tala med mottagarenheten och påkalla hjälp. Den mottagande, åtgärdande enheten kan, när det gäller vård av döende i hemmet, utgöras av t ex en långvårdsklinik, ett sjukhem eller en sjukvårdsupplysning. Mottagarenheten måste givetvis vara bemannad dygnet runt så att akuta eller mindre akuta hembesök kan göras allteftest patientens aktuella behov.

En teknisk apparat kan naturligtvis inte ersätta mänsklig kontakt men denna typ av trygghetstelefon är väl så nära man kan

komma för att försöka skapa en viss trygghet för ensamma, handikappade och/eller sjuka människor.

## Referenser

BECK-FRIIS B: *Lasarettansluten hemsjukvård med dygnet-runt-service. SPRI-rapport 1719 Stockholm 1980.*

BÄCK G: *Personligt meddelande 1980.*

HEDLÉN B, HOLMER N-G, HOOD B, LINDSTRÖM K, PERSSON B, SAMUELSSON S-M, WALLENGREN B: *Kan tekniken öka tryggheten i det egna boendet? - Trygghetstelefon enligt det nya Malmö-systemet med stort användningsområde. Läkartidningen 76:1517-1521 1979.*

LOHMANN H: *Psykisk hälsa och mänsklig miljö. Socialstyrelsen redovisar 1973:30. Liber 1973.*

NILSSON M: *Matning av svårmatade patienter. En explorativ undersökning. Uppsats i kursen Grundläggande forskningsmetodik inom vårdområdet, 20 poäng. Lunds universitet, institutionen för yrkespedagogik, vårdlärarlinjen, Malmö 1980.*

*Utredning rörande vissa frågor beträffande sjukvård i livets slutskede. Huvudbetänkande SOU 1979:59.*



# Psykologiska aspekter på vård av döende i hemmiljö

— Av Ulla Qvarnström, Leg. sj. Fil. dr. Professor —  
Institut för sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

Dr John Hilton (1967) skriver i sin bok "Dying" att "Dying persons gain so much by being cared for by an affectionate family; they are better able to maintain themselves as individuals. Remaining at home, not swallowed up in the possible anonymity of the dying hospital patient, they need not doubt they are still apart of the family. While among the family they do not consider themselves as hulks awaiting the end as long as they can participate, even in a limited role."

Vilka omvårdnadsmissiga implikationer för detta med sig — att den döende blir i stånd att i det längsta bevara sin identitet och delta i sin familjs angelägenheter så länge krafterna medger?

## Att vara döende:

Utgångspunkten för vård av döende i hemmet måste vara **full insikt** och **förståelse** från alla de inblandade — patienten, anhöriga och vårdpersonal — för att det finns en vändpunkt vid obotlig sjukdom då behandling i syfte att bota saknar relevans medan behandling, lindring av symptom och omvårdnad blir alltmer total. Under de t att den medicinska bilden blir mer och mer ensartad blir den psyko-sociala situationen mer och mer dynamisk och mångfacetterad (Feigenberg 1977). Att vara döende innebär att ett helt nytt livsperspektiv öppnas för människan. Medens står det liv som varit, nuet och de dagar som återstår i en helt annan belysning.

## Ny livssituation

Konfrontationen mot denna nya livssituation kan innebära att människan i frågasätter tidigare grundmurade uppfattningar om både livet och döden, och skapar ögonblick av såväl djupaste tillförsikt som fruktan och ångest inför döden.

De flesta sjuka människor sätter stor tillit till dagens läkarvetenskap och hoppas att de avancerade medicinsk-tekniska möjligheter som står till buds gäller diagnostik och terapi skall bekräfta deras innersta tanke: "Det är nog inte så farligt". Meddelandet om att sjukdomen är obotlig kan därför vara en krislösande faktor, och försätta den sjuke i en sådan livssituation att tidigare erfarenheter och reaktionsätt är inadekvata. Invanda beteendemönster räcker inte för att bemästra den uppkomna situationen. Den psykiska kris som utlöses av meddelandet om obotlig sjukdom kan analyseras utifrån fem aspekter nämligen:

- 1) Den stress som meddelande om obotlig sjukdom försätter individen i utlöser ett problem som det inte är möjligt att lösa.
- 2) Problemet pressar de psykiska resurserna eftersom det ligger utanför individens invanda metoder för problemlösning. Individen möter en helt ny situation och har ingen erfarenhet att falla tillbaka på. Även om man mött döende tidigare i sitt liv är den egna döden en helt annan sak..
- 3) Den uppkomna situationen upplevs som ett hot mot de egna livsmålen. Döendet avbryter livet, och även vid mycket hög ålder medför döendet att individen plötsligt konfronteras med de mål som han/hon satt upp för sitt liv.
- 4) Krisen kraktäriseras av en psykisk spänning som stegras mot kulmen och sedan avtar. Under krisen mobiliserar antingen integrerande eller desintegrerande krafter.
- 5) Krisen väcker olösta problem, både sådana som ligger nära i tiden och sådana som ligger långt bakåt i tiden. Problem som sammanhänger med exempelvis beroende, passivitet, narcissism och identitet kan komma att aktiveras. Individen är därför inte bara ställd inför de omedelbara problem som döendet innebär utan även inför olösta problem från en hel livstid med dess ofrånkomliga konflikter. (Pattison 1976).

## Psykologiska reaktionsmönster

Under livets slutskede mobiliserar ett komplex av psykiska reaktioner som kan identifieras av omgivningen. Dessa reaktioner/känslor kan beskrivas i termer av dimensioner vars ytterpoler är varandras motsatser. Dessa dimensioner kan sägas

utgöra ett nätverk i vilket trådarna korsar varandra.

Meddelande om att sjukdomen är obotlig utlöser vanligen en reaktion som pendlar mellan **full insikt** om situationen till **förnekande** beroende på den sociala situation som är för handen. Den döende använder sig vanligtvis av förnekandet dels för att minska sin ångest, dels bevara sin självuppskattning, som utsätts för stora påfrestningar i krissituationer, dels för att bevara för honom värdefulla medmänskliga relationer.

Meddelande om obotlig sjukdom kan mötas med **underkastelse** inför ödet, en underkastelse som ofta följs av **besvikelse** och **aggressivitet**. Ofta projiceras dessa känslor mot den närmaste omgivningen. Det är svårt att ta emot sådana reaktioner. Situationen för den döende underlättas om omgivningen förstår den döendes behov av att få ge uttryck för dessa känslor och att de inte är personligt riktade.

**Accepterande** liksom **protest** är reaktioner som kan aktualiseras hos den döende. Det tycks som människor med en stark religiös tro accepterar det oundvikliga på ett självklart sätt liksom att tron är en självklar tröst och hjälp under denna fas av livet.

## "Hoppet"

Vad betyder hoppet för människan? Den kände teoretikern Erik H. Erikson ser hoppet som den omistligaste dygd som hör samman med livet. Det är människans innersta önskan att vara önskad och välkommen. Hoppet är den första och mest grundläggande egenskapen hos människan. "Ingen människa kan leva och inget ego förbli utan hopp", framhåller

Erikson (1969).

Vad innebär då hoppet för den döende? Det tycks som om den döende oftast inte sätter tilltro till att ett medicinskt eller annat under skall rädda honom till livet. Men för att bemästra den uppkomna situationen kan den döende i samband med meddelandet om sin obotliga sjukdom använda psykiskt försvar i form av önskefyllt, orealistiskt och magiskt tänkande om att ett under skall ske och som kan förändra situationen.

När allt hopp om bot är ute och livssituationen ständigt förvärras uttrycker den döende ofta en önskan om att få dö.

### Dödslängtan

Den döende kan pendla mellan **längtan att få dö** och en **stark vilja att leva**. Längtan att dö kan ta sig uttryck i tankar om självmord eller vädjan om aktiv dödshjälp. Viljan att leva kan ta formen av olika sätt att hålla döden "ifrån sig" med text att inte sova om natten för att inte överrumplas av döden eller att inte tillåta prästen komma in i sjukrummet då han kan ha döden med sig."

För att människan skall känna sig förankrad i tillvaron krävs det att hon har en psykosocial identitet, hävdar Eriksson (1959,1969). Han framhåller att livets slutskede öppnar möjligheten för individ- en att integrera sitt liv, dvs att acceptera att livet tar slut, att se döden som det naturliga slutet på ett fullbordat liv, att acceptera att livet inte hade kunnat var annorlunda än det blev.

### Fruktan för identitesförlust

Människans **identitesuppfattning** ställs på hårda prov under döendet. Samtidigt som hon "kämpar" för integrering av sitt liv sker förändringar på olika plan som påverkar upplevelsen av den egna identiteten. Processen att dö utsätter individen för många hot mot identiteten. Förlust av mänskliga relationer i allmänhet, förlust av familj och vänner, förlust av kroppsligt utseende och kroppslig funktion, förlust av självkontrollen liksom medvetlöshet utgör tillsammans ett hot mot "jaget". Förlust eller reducering av identitesupp-

fattningen aktiverar vanligen ångest. Det är jagets funktion att åstadkomma och behålla kontrollen över samspelet mellan den inre och den yttre verkligheten. Att förlora kontroll – att bli offer för omedvetna impulser – är att vara levande död. Den som bevittnar förlusten av denna förmåga hos den döende grips av en känsla av förtvivlan och ångest. Fruktan för en sådan tillintetgörande är den svåraste ångest som jaget kan erfa (Grady 1975).

Sjukdomens nedbrytning av kroppens funktioner gör den döende mer och mer beroende av omgivningen. Jag uppfattningen luckras upp och den döende kan känna sig **förödmjukad** och **otrygg**.

Med avtagande fysiska krafter och sänkt medvetande försätts de döende i ett **regredierande tillstånd** såväl psykiskt som socialt. Vartefter sjukdomen framskrider tvingas den döende till reträtt ur den yttre världens verklighet och når ett regriderat stadium som han kan uppleva som ett förstadium till döden. I detta stadium upplever den döende inga känsla av tid och rum, inga gränser för sin egen kropp och person och andras. Detta är ett stadium i vilket den döende är mycket matt och han drar sig undan omvärlden genom att skära av sig.

### Ångslan –

#### slutskedets psykiska kännetecken

Den döende kan i slutskedet bemöta omvärlden som om han redan vore död och detta tillstånd betecknas **social död** medan **psykisk död** upplever den döende då han avskärmar sig omvärlden för att förbereda sig för den förestående döden.

De olika dimensionernas psykologiska innehåll i döendet kan sammanfogas till större sfärer av reaktioner som kan tolkas och beskrivas i termer av ångest inför förlust av livsviktiga betingelser såsom

- ångslan inför förlust av den egna identiteten genom yttre och inre deformation
- ångslan inför förlust av mänskliga funktioner med åtföljande beroende av andra för tillfredsställelse av de mänskliga behoven
- ångslan inför förlust av självkontrollen

#### – ångslan inför förlust av den egna kroppen

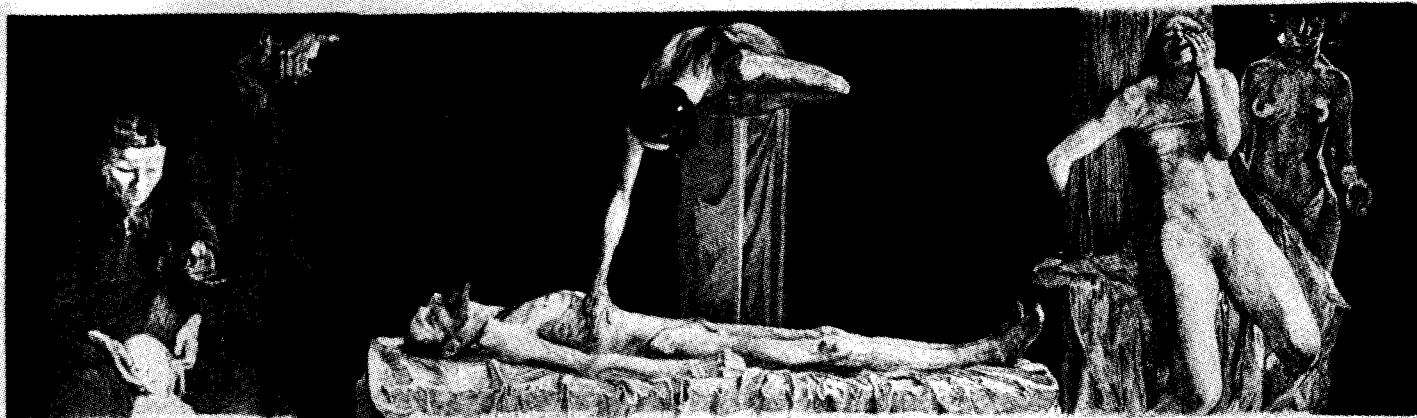
Till detta kommer upplevelser som har sitt ursprung i den ovisshet som präglar den närmast föreliggande tiden och som ger upphov till fruktan. Dessa reaktioner inför den "ovissa" präglas av

- ångslan inför den smärta och de lidande som sjukdomen skall komma att medföra
- ångslan inför hur de anhöriga skall klara upp situationen
- ångslan inför vad som skall hända efter dödens inträde.

Den samlade kunskapen i döendets psykologi säger oss att det inte finns något schemalagt mönster färdigt att applicera på vårt förhållningssätt till och bemötande av döende. Snarare kan man konstatera att människan dör som hon har lev och varje människas död därför blir unik. Den döende har att möta sin död i ljuset av sitt tidigare liv och under ständigt ökande ovisshet om vad återstående levnad skall föra med sig (Qvarnström 1979).

### 'Trygg' hemmiljö, – bästa stödet!

Raden av förluster som den döende utsätts för och den otrygghet detta leder till försvårar, för den döende att upprätthålla de kriterier som tidigare i livet varit gällande för hans upplevelse av den egna identiteten och egna livsvärden. Den omgivningsmiljö som på bästa sätt kan hjälpa till att så långt som möjligt bevara dessa kriterier är utan tvivel det egna hemmet och de närmast anhöriga. Den egna fysiska miljön svarar för kontinuitet i upplevelsen av vem man är i förhållandet till omgivningen. De anhöriga torde vara de som bäst är bekant med den döendes tidigare levnad och därför ha de största förutsättningarna att se den döendes situation i ljuset av hans tidigare levnad. Den fysiska och medmänskliga miljö som bäst kan bistå den döende att i det längsta bevara livets värden – vilka de än må vara – och hålla samman upplevelsen av egen identitet är som Hinton (1976)



framhåller det egna hemmet och de anhöriga. Men för att vistelsen i hemmet livets slutskede skall bli en positiv upplevelse för den döende torde vissa grundförutsättningar vara nödvändiga. För att patienten och hans anhöriga skall känna sig trygga torde det vara en **fundamental förutsättning för vården att den läkare som vårdar den sjuke och känner hela familjesituationen fortsätter att vara ansvarig för patienten och hans anhöriga.**

Den ansvarige läkaren måste vara så känd med patienten och familjesituationen att alla i hemmiljön kan känna total trygghet i vetskapen om att medicinsk expertis finns i bakgrunden som ytterst ansvarar för att alla de symtom på lidande, som kan uppstå blir professionellt åtgärdade.

Ingen döende patient borde tillåtas gå hem eller sändas hem från sjukhuset förrän patient – anhöriga – läkarrelationen är helt klart och odiskutabel. I detta sammanhang kan nämnas att i undersökningen "Att dö på sjukhus" (Bolund, Ekstam, Qvarnström 1977) framkom att ingen av de 202 studerade avlidna var fri från symtom på lidande. Cirka 60 % hade mellan 5-8 symtom på besvär och plågor under de sista levnadsdagarna, cirka 15 % hade 9 eller fler symtom på lidande som alla krävde åtgärd. Detta ger en bild av vad den döende har att vänta sig i form av lidande. Lindring och behandling av symtom måste vara en självklar rättighet för den döende. Vetskapen om att sakkunnig hjälp finns tillgänglig så fort problem uppstår underlättar givetvis situationen för hela familjen och minskar familjemedlemmarnas stegrande panik inför åsynen av det tilltagande lidandet.

### Uppriktighet; ett måste

Ingen döende patient borde heller överföras till hemmet förrän frågan om den döendes och de anhörigas insikt om att den sjuke lever under livshot klaras ut. Förutsättningen för ett öppet umgänge familjemedlemmarna mellan måste vila på total ärlighet från alla håll. Om inte situationen klarlagts tidigare under sjukdomsförloppet så blir det nödvändigt att i god tid före hemtransporten arbeta ut en modell för information till patient och anhöriga. Denna modell måste givetvis vara individuell och anpassas till patientens och hans anhörigas psykiska situation. Men hur denna modell än utformas i det enskilda fallet, måste målet vara att alla i familjen inklusive den döende, samt den vårdpersonal som skall vårda familjen har samma information. I den tidigare refererade undersökningen framkom att cirka 37 % av alla de avlidna före sin död inte informerades om att deras liv var i fara.

Det klassiska mönstret att anhöriga har information medan den verkligen angår – den döende – hålls utanför verklig-

heten återspeglas även i den ovan nämnda undersökningen. Situationen är alltför välkänd och jag avstår att kommentera den närmare. En annan sak är att ingen torde kunna undanhålla sanningen för en dödssjuk människa. Hennes upplevelse av den egna situationen talar sitt eget språk. Samtal med döende visar dessutom enstämigt att döende patienter uppskattar att få klarhet. All diskussion i vårdsituationen bör föras på ärlighetens grund och alla inblandade människors ängslan och fruktan kan lindras.

### Anhöriga behöver samma möjlighet till stöd!

Anhöriga bör inte ofrivilligt lämnas ensamma med vården av en döende anhörig. Kvalificerade sjuksköterskor, med specialkunskap och träning i "helhetsvård" av sjuka bör stå till familjens förfogande.

Täta besök (utan uniform) ger familjen det stöd och den trygghet de behöver för att "ta sig igenom" den rad av viktiga beslut som vilar på dem.

Att vårda en döende innebär, förutom basal omvårdnad att med tättnande intervall fatta avgörande beslut. Detta kräver psykiska resurser. Om inte familjen stöds i detta kan den situationen uppstå, att trots alla goda intentioner att vårda den döende i hemmet till slutet, den psykiska situationen blir övermäktig – besluten blir för tunga och komplicerade för att man skall kunna ta ansvar för dom. Under ett alltför tungt psykiskt tryck förs den döende i panik till sjukhus för att tillbringa de sista timmarna i livet på ett akutrum, behandlingsrum eller i värsta fall i en sjukhuskorridor. En sådan situation – handling under panik – kan ge de efterlevande skuld känslor för lång tid framöver i livet.

Den personal som skall bistå familjen i vården av den döende bör hela tiden vara observant på både den döendes och de anhörigas reaktioner. Förutom att vården skall innebära instruktion och träning till de anhöriga bör den döendes hela situation fortlöpande registreras och bedömmas.

Patientens psykiska och sociala tillstånd skall fortlöpande registreras och problem av psykisk, social eller andlig karaktär ges adekvata lösningar.

Den fysiska smärtan skall givetvis förebyggas, en åtgärd som torde vara den fundamentala förutsättningen för en döendes möjligheter att vistas i sin hemmiljö. Troligen utgör dessutom den totala hemmiljön en potential för lindring av psykisk smärta. Men detta kräver en lugn och trygg miljö. Därför bör familjemedlemmarnas reaktioner registreras så att lugn och trygghet kan upprätthållas. Framför allt bör observeras tecken på stress och spänning hos de anhöriga. Registrering av huruvida skuld känslor utvecklas; det är svårt att avstå från sjuk-

husets och därmed medicinsk vetenskaps alla resurser, som trots allt utgör den sista strimman av hopp.

Aggressivitet kan utvecklas i den psykiskt pressade situationen och krafter kan utlösas som försätter alla i konflikt med varandra. Fruktan inför dödens närhet och det faktum att döden kommer närmare för varje dag och timme som går kan för de anhöriga bli alltför påfrestande och känslan av panik kommer smygande.

Dagens samhälle som kännetecknas av att döden "icke existerar" – den är svårt att få ta del av på ett naturligt sätt – bidrar givetvis till denna fruktan liksom aktualiserandet av den egna förestående döden skapar ångest. I en sådan situation kan värdefull information för vårdens genomförande gå helt förbi de anhöriga, liksom att de kan drabbas av oförmåga att rationellt delta i arbetet. Härutöver kan den anhörigas förestående död utlösa ett sorgearbete som således tar sin början redan innan den anhörige avlidit. Åsynen av en anhörigs lidande vädjar till medmänniskors känsla av medlidande. Det är inte ovanligt att döende utsätts för överbeskydd från sin omgivning – ett överbeskydd som i extremfallet kan leda till att den döende försätts i en situation som kan liknas vid social död.

**Att observera de anhöriga och vidta nödvändiga åtgärder för deras välbefinnande är en av hörnstenarna i vården av döende i hemmet. Ytterst är det de anhöriga som skall utgöra den miljö som ger den döende möjlighet att bevara sin identitet i det längsta och leva som familjemedlem. I denna de anhörigas uppgift krävs sakkunnigt stöd för att förhindra att de anhöriga försätts i en situation som kan innebära sjukdom för dem själva.**

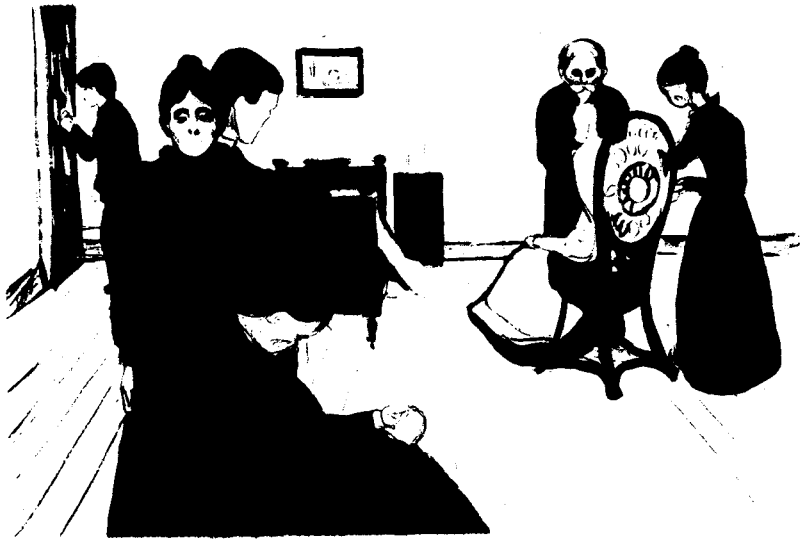


### Referenser:

- Bolund, C., A. Ekstam, U. Qvarnström: *Att dö på sjukhus. SOU 1977:82. Allmänna förlaget, Stockholm 1977.*  
Erikson, E.H.: *Identity and the life cycle. International University Press, New York 1959.*  
Erikson, E.H.: *Ungdomens identitetskriser, Natur & Kultur, Stockholm 1969.*  
Feigenberg, L.: *Terminalvård, Liber, Stockholm 1977.*  
Gardy, M.: *An assessment of the behavioral scientist's role with the dying patient and the family. Military Medicine 140 (11):789-782, 1975.*  
Hinton, J.: *Dying. Penguin Books, London 1967.*  
Pattison E.: *The living – dying process. Cit. i Carfield (red) Psychological care of the dying patient. Univ. of Cal School of Medicine, San Francisco 1976.*  
Qvarnström, U.: *Upplevelser inför döden – Samtal vid livets slut. Natur och Kultur, Stockholm 1979.*



# Allmänläkares roll vid vård av döende



Hemsjukvård kan organiseras och bedrivs på olika sätt. Den kan vara lasarettensanknuten eller primärvårdsansluten och integrationen till socialvården kan ha nått olika långt.

I Lund började verksamheten i februari 1978 först som en utskrivningsenhet på lasarettet för att de tunga klinikerna, medicin, neurologi och ortopedi tryggt skulle kunna skriva ut patienter till hemmet i vetenskapen om att någon följde upp patienten i hemmiljö. Sedan 1 mars 1979 har utskrivningsenheten efter rekommendation från Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och SPRI blivit primärvårdsansluten och bytt namn till Hemsjukvårdsenheten i Lund.

— Av Wiveka Elme'r —  
distriktsläkare  
Hemsjukvårdsenheten, Lund

Allt eftersom primärvården blivit mer utbyggd i Lund med flera vårdcentraler avser vi att flytta ut verksamheten på resp vårdcentral, för att hemsjukvården så småningom skall ingå som en naturlig del i varje läkarstations arbete. Den nuvarande hemsjukvårdsenheten kommer då möjligen att kvarleva som en sambandscentral för att fördela patienter och resurser.

Ledningen för hemsjukvårdsenheten utgöres av en projektledningsgrupp med representanter för långvård/primärvård och socialvård. Personalen, f n 11,4 tjänster, utgöres av följande personalkategorier: distriktsläkare, distriktssköterska, undersköterska, sjukvårdsbiträde, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, socialterapeuter, kurator och läkarsekreterare.

Då vården är inriktad på aktiv rehabilitering är antalet sjukgymnaster och arbetsterapeuter väldimensionerat medan man i hemsjukvård med ett tyngre långvårdsklientel bör lägga tyngdpunkten på mera vårdande personal typ undersköterska, sjukvårdsbiträde.

För närvarande är ca 100 patienter inskrivna. Medelvårdtiden är omkring 2 månader.

**Huvuddiagnoser:**

<i>Intermedicinska sjukdomar</i>	20%
<i>Ortopediska sjukdomar</i>	20%
<i>Neurologiska sjukdomar</i>	20%

<i>Generaliserade tumörsjukdomar</i>	10%
<i>Kirurgiska sjukdomar</i>	5%
<i>Psykiska sjukdomar</i>	5%
<i>Senilitas och causa socialis</i>	10%
<i>Annat, t ex infektion</i>	10%

*Omkring 5% av patienterna dör under vårdtiden i hemsjukvårdsenheten.*

*(Samtliga procenttal ungefärliga)*

## Ekonomi i genomsnitt per patient

Primärkommunala kostnader 25 kronor per dag. Landstingets kostnader 25 kronor per dag.

Vårdkostnad således i genomsnitt 50 kronor per patient.

Men under uppbyggnadsskedet är vården dyrare och i fråga om vård i hemmet av döende patienter är detta betydligt dyrare med hänsyn till personalinsatsen.

Intresset för problemen kring att dö hemma har de senaste åren bara ökat. Dels har vi haft en mycket livlig debatt, dels har den statliga utredningen i "livets sluske" (SOU 1979:59) nyligen gått ut på remiss.

Några av förslagen är:

- 1) Den som vill skall få dö hemma.
- 2) Anhöriga kan ta ut 30 dagars betald ledighet via försäkringskassan vid

vård av döende i hemmet.

3) Aktiv dödshjälp förbjuds.

Detta har gjort att hemsjukvårdsenheten har fått ett stigande antal patienter med en avancerad sjukdom som föredrar att dö i hemmet, ungefär en patient var eller varannan månad. Vi står då inför problem av både psykologisk och praktisk natur.

## Psykologiska aspekter

Den traumatiska krisen favor:

- 1) chockfas
- 2) reaktionsfas
- 3) bearbetningsfas
- 4) nyorienteringsfas

När vi får patienterna har i regel första tidens förlamning efter besked om sjukdomens art och dåliga prognos släppt. Patienten har börjat integrera beskeden i sitt medvetande och är inne i bearbetningsfasen. Risken är här stor att patienten och anhöriga inte orkar med detta utan att man fastnar i ett psykologiskt försvarsmönster. Det vanligaste är att patienten förnekar och förtränger sin sjukdom. Ett annat sätt att reagera är med **projektion**: "Ett fel måste ha begåtts inom den slutna vården". Man kan tvingas att lyssna på ändlösa anklagelser mot

vårdapparaten. Dessa anklagelser kan även riktas mot anhöriga och patienter kan härvidlag bli tämligen aggressiv. Ytterligare ett icke ovanligt sätt att reagera är med regression vilket förstärkes av de anhörigas övebeskydd. Man hänger sig åt ett mytiskt-magiskt tänkande och tror att ett under ska kunna ta sjukdomen ifrån en eller man överger den etablerade vårdapparaten och litar mer på naturläkemedel. Dessa olika reaktionssätt gäller både för patienten och hans anhöriga, och läkarens roll i detta fall blir enbart containerns.

Då patienten är i bearbetningsfasen med alla dess risker för fallgropar skall man visa en lyhördhet för patientens behov och komma med information om och då patienten vill ha sådan.

## Praktiska aspekter

### 1) Överremitterandet.

Då vi får en patient på remiss brukar distriktssköterskan och distriktsläkaren gå upp på sjukhuset och presentera sig för patienten och personalen samt upplysa vad vi står för och vad vi kan göra. Vi kräver **journalkopia eller epikris** den dag då patienten går hem. Anteckning i journalen att om patienten ångrar sig och inte orkar dö hemma (av ångest eller ensamhet) att han har rätt till en **reträttplats** på moderkliniken. Vi försöker vidare få avdelningen att göra vården så primär som möjligt. Bort med invecklade doseringar och behandlingsmetoder.

Patientens dubbla lojaliteter mot sjukhuset och den öppna vården försöker vi endast långsamt att överbrygga. Han får gärna återvända för provtagningar och kontroller på sjukhuset för att i ett senare och mer avancerat skede helt övertagas av primärvården.

### 2) Första hembesöket:

Hemsjukvårds- eller landstingsbidragsansökan göres.

Hemsjukvårdskort (avgiftsfri öppen sjukvård plus fri medicin) utfärdas.

Hemsamarit ordnas (genom veckokonferanser med socialvården).

Hjälpmiddel (tex lämplig säng, fristående, toalettstol, engångsutrustning).

Kontroller med provtagning planeras, tex Hb. Patientens kan ha ett transfusionsbehov vid tex cancer i magtarmkanalen även om själva den maligna sjukdomen inte är särskilt avancerad ännu. Den ständiga anemin

ger onödig trötthet och förhindrar ett aktivt liv eller t o m innebär hot om för tidig bortgång. Vissa patienter har en bestämd uppfattning att de vill leva över en viss tidpunkt etc. Transfusion ges då i hemmet eller på sjukhus om patienten önskar detta.

Eventuellt andra specialprov kan också tagas i hemmet för att undvika onödig ambulanstransport till sjukhusets laboratorium.

Smärtstillning erbjuds, tex morfinchloridlösning alltid i kombination med Haldol mot biverkningar. Långsam inställning göres varför vi aldrig börjar i slutet på en vecka.

Kvällspatrullanslutning diskuteras.

### 3) Besök efter behov

Vid varje sjukdom hos patient måste vården improviseras. Inget sjukdomsfall och ingen miljö är den andra lik.

### 4) Dödshjälp

Ytterligt sällan tar patienten upp frågan eller begär aktiv dödshjälp. Och man förklarar att vi här står inför en mycket avancerad sjukdom och att det räcker om man inte aktivt förlänger den samt att vi kan garantera maximal smärtlindring brukar detta ha en lungnande inverkan på patienten.

### 5) Dödsbevis

Dödsfallen anmäls av anhöriga på följande dag till hemsjukvårdsenheten. Ingen brådska föreligger att konstatera dödsfallet. Därefter utfärdas dödsbeviset av hemsjukvården.

Önskar de anhöriga omedelbart ha hem en jourläkare för att konstatera dödsfallet går detta också bra genom att samtliga hemsjukvårdspatienter har anmälts till jourcentralen, som då kan skicka hem en jourläkare utan polisassistens då det gäller en förut känd sjukdom. Polisens närvaro upplever många människor i detta sammanhang som stötande.

## Brister — krav

Då man arbetat med vård av döende i hemmet märker man snart de svaga punkterna:

### 1) Vak

Ett stort behov att rekvirera vak för de döende de sista dygnen föreligger i öppen vård. Genom detta skulle flera patienter kunna vårdas i hemmet samtidigt som man skulle kunna undvika panikresor tillbaka till sjukhuset de sista timmarna. I dagens läge

kan varken socialvård eller sjukvård garantera den ensamma döende fullständig trygghet med mänsklig kontakt de sista timmarna.

### 2) Linne

Linne och tvätten är för de anhöriga ett stort bekymmer patientens sista dygn då han ofta svetts, har melena eller kanske hematomes. Engångsutrustning kan här inte fylla alla behov. Var finns tex engångsskjortan?

### 3) Sängen

Sängen är det bästa hjälpmedlet vid vård av svårt sjuka. Lämplig säng för öppenvårdsbruk bör framtagas. Vid införande av hjälpmedel i patientens hem krävs mycket takt och hänsyn för att inte konfliktsituation ska uppstå. För primärvårdspersonal är den enskildes hem således arbetsplatsen över vilken den enskilde råder. Samtidigt omfattas primärvårdspersonalen av arbetsmiljölagar och arbetsgivaren, i detta fall Landstinget, har ett ansvar för sin personal även utanför sjukhuset, i detta fall den enskildes hem. Men vilka arbetsmiljölagar gäller här. Forskning behövs om den öppna vårdens ergonomi.

### 4) Leasingbilar

Transportproblemet i öppen vård bör snarast lösas.

### 5) Avlastningsplatser — reträttplatser

Är ett krav om patienten skall kunna acceptera att vårdas i hemmet.

6) Gemensam indelning i distrikt åtminstone för kommun och landsting men gärna även för andra serviceorgan tex skola, polis, brandväsen och kyrka. F n måste en ansevärd mängd människor sammanträda vid vårdplanering för varje enskild patient. Sammanfattningsvis kan sägas att allmänmedicinare redan idag har en stor roll när det gäller vården av döende i hemmet och ett ännu större ansvar vilar på oss att utveckla morgondagens terminalvård i hemmet.



# Smärt- och symptombehandling

VID VÅRD AV SVÅRT SJUKA OCH DÖENDE...  
...ETISKA VÄRDERINGAR – MEDICINSKT HANDLANDE

—Författare Elisabeth Killander, leg sjuksköterska, Stockholm—

Författarinnan har utbildning och mångårig erfarenhet i neurokirurgi-, anesthesi-, och onkologisk vård.

1978 och 1979 deltog hon vid "International Conference and Cancer Nursing".

I samband med dessa studerade hon alternativ vård i England bl.a. den s.k. "hospicevården" vid "Christophers Hospital m.fl."

I den följande artikeln ger hon en kortfattad presentation av principerna för behandling av smärtor och vanliga symptom inom terminalvården.

Mer detaljerade anvisningar avseende denna behandling finns att få bl.a. i det av författarinnan utgivna häftet "Lindring av smärta och obehag hos döende", — se litt.ref..

## Läkarens uppgift, — att LINDRA LIDANDE!

Vid vård av svårt sjuka och döende är "en läkares uppgift att göra den sjukas tid så föga ansträngande och så rofylld som möjligt". "Läkarens främsta uppgift bör i detta läge vara att med respekt för den sjukas integritet lindra hans lidande." "Höga krav måste ställas på noggrann tillsyn, personlig omvårdnad och tillbörlig ro i sjukrummet". (Sv. Läkarsällskapets Handlingar: Hygiea, band 85, häfte 1, -76, och "I Livets Slutskede" SOU 1979: 59).

Det yttersta medicinska ansvaret vilar på läkaren. Övrig vårdpersonal i samarbete medverkar vid läkarens ställningstaganden. Sjuksköterskan fungerar vanligen som förbindelselänk mellan patienten — anhöriga — övrig vårdpersonal och läkaren. Hon delar till viss del det medicinska ansvaret.

Daglig basal omvårdnad ombesörjs mest av vårdbiträden och undersköterskor, som då har en naturlig och självklar kontakt med patienten. Vem som är "närmast bädden" — den personen får ofta tillgång till förtroende och kännedom om patientens tillstånd.

Anhörigas erfarenheter och kunskaper om patienten är av värde för den totala bedömningen. Hur ofta har vi ork att lyssna till anhöriga?

Vid omhändertagandet och bedömning av patientens totala behov av vård, smärt- och symptomlindring ankommer det på all vårdpersonals ansvar att medverka — var och en utifrån sitt yrkeskunnande. Hur skall ansvarig läkare kunna ordinera om han inte blir underlättad om hur den sjuke har det?

Många patienter upplever sig vara i ett underläge — de vill vara till lags. Av respekt till den "vita rocken" svarar han kanske... "jo tack doktorn...det är så bra så..." Kanske blir doktorn förd bakom ljuset helt oavsiktligt?

Ofullständig rapportering är till förfång

för patienten, anhöriga, personal och för utvärdering av given behandling.

## Smärta

Cirka 70-75 % av alla döende upplever smärtor — lättare, medelsvåra och ibland outhärdliga. Många gånger kommer sjukvården till korta när det gäller att ge dessa patienter en tillfredsställande hjälp. Tre skäl anges utgöra huvudorsakerna till bristfällig smärtlindring, som i sin tur leder till ett onödigt lidande för våra patienter.

1) MISSTROENDE. Många som arbetar inom sjukvården har bibringats den missuppfattningen att "vi inom sjukvården vet bäst" — även när det gäller skattningen av en annan människas smärtupplevelser.

En enda människa i hela världen vet hur ont det gör — den som har ont. Ingen säger sig ha ont för nöjes skull. Många faktorer ingår i smärtupplevelsen — faktorer som vi i egenskap av vårdpersonal ska försöka uttröna för att därmed på bästa sätt kunna bistå patienten.

Att kropp och själ är ett, har den gamla sanningen förvanskats, glömts bort? Kom den i skymundan när tekniken öppnade möjligheter att hålla vid liv...?

En akut smärta, tandvärk, huvudvärk, benbrott, barnafödelse, går över, man tillfrisknar. Den kroniska smärtan, smärtupplevelser vid obotlig eller dödlig sjukdom kan påminna individen om det hopplösa i hans situation — det går inte över... Oro, sorg, förtvivlan, som naturligt infinner sig förstärker lätt smärtupplevelsen. Andliga och sociala svårigheter kan ha samma effekt.

Hur har den förnedrande ovanan att omnämna psykogena faktorer som: "bara psykiskt, bara nerver, bara inbillning" uppstått?? Kan någon smärta vara "bara" — för den som har ont? Kräver inte alla smärttillstånd tillbörlig förståelse och behandling?

2) FÖRDOMAR — bland sjukvårdspersonal, patienter och anhöriga beträffande narkotika. Vi är livrädda att göra patienter till narkomaner. Socialstyrelsen har slagit fast att de problem som belastar individer och samhälle i missbrukssammanhang inte har något samband med terminal, kronisk smärta. (SOSFS(M)-79:21).

Socialstyrelsen har av kända skäl tvingats till påbud och stränga restriktioner vad beträffar handhavandet av narkotiska preparat, i avsikt att förhindra illegal spridning. Dessa bestämmelser fick tyvärr till följd att många behövande patienter undanhållits den hjälp de rättmätigt borde fått. Denna restriktivitet råder fortfarande på många håll trots att bl.a. Socialstyrelsens kungörelser klargjort (se ovan) att behövande patienter ej skall undanhållas adekvat smärtlindring.

Internationella forskningsrapporter är överens om att den legalt förskrivna narkotikan till behövande patienter av allt att döma ej skapar tillvänjningsproblem till förfång för patienten.

3) BRISTANDE UTBILDNING. Otillräcklig undervisning inom samtliga vårdutbildningar, inklusive medicinska högskolor, gör att vårdpersonal ofta besitter knapphändiga kunskaper vad gäller korrekt och rättmätig given smärtbehandling, även till svårt sjuka, äldre och döende patienter.


Samtliga dessa tre huvudskäl till otillräckligt given smärtlindring; Misstroende, Fördomar och Bristande Utbildning leder till att många patienter får lida i onödan. Med "onödigt lidande" avses kroppsliga och själsliga smärtor och obehag, som vi med bättre kunskaper, insikt och förståelse skulle kunna lindra.

I denna artikel avser jag att ge en kortfattad presentation av behandlingen vid kroniska smärttillstånd hos svårt sjuka och döende. Behandling av patienter med

diagnos, sjukdom, som av allt att döma begränsar livstiden till dagar, veckor, månader eller kanske år. Diagnosen är känd, livstiden är begränsad. Cancersjukdomar är det man vanligen kommer att tänka på, men alla cancersjukdomar orsakar inte smärtor. All smärta hos en döende beror inte på cancer!

### Smärt- och symptombehandling

Utgångsläget bör naturligtvis vara en klinisk bedömning av patientens tillstånd, där inget symtom är för ringa för att medtagas i den totala bedömningen och jourjournalföringen. En kroppsstämpel eller schematisk teckning kan vara av värde. Därtill ska man föra noteringar om symtom som t.ex. illamående, klåda, urinträngningar etc.

EX:  Huvudvärk illamående  
Ledvärk dålig aptit  
nedstämd  
nedstämd

Datum/Läkare:

God hjälp kan man också ha av en smärtskala, där patienten själv skattar sitt onda, kontinuerligt. Tanken är att behandlande läkare och övrig vårdpersonal skall veta hur patienten känner det.

EX: 1-----10  
smärtfrihet Outhärdlig smärta

Patienten får själv ange smärtan, med datum och klockslag noterade. Ev. kan feberkurvan användas som mall. Patientens angivelser jämförs exempelvis med medicinlistan, där datum, klockslag, dos och preparat finns angivet. Förutom att värdefulla upplysningar därmed kan fås att komplettera journalen, så kan detta aktiva deltagande kännas meningsfullt för patienten.

Skall behandlingen av patienten ske palliativt, dvs. aktivt symptomatiskt, är det givetvis viktigt med rimliga förklaringar till patientens obehag. En behandling skall ej börja i blindo. Man måste ge sig tid till samtal, för att lära känna patienten, samt en klinisk bedömning utan att man därför vidtager alltför tröttsamma eller smärtsamma undersökningar. Vi får ej glömma att även de besvär, som vi ej kan finna någon säker förklaring till, kan kräva försök till lindring. Patientens angivelser ska utgöra utgångspunkten för vårt agerande.

Vid ställningstagande till smärtbehandling finns många alternativa behandlingsformer att överväga, förutom medicinering. Allt beror på patientens tillstånd och tillgängliga resurser, som t.ex. sjukgymnastbehandling, TNS, neurokirurgiska åtgärder. Det ska dock poängteras att intet

är viktigare än god mänsklig och kärleksfull omvårdnad. Lika viktigt är att också anhöriga får omfattas av våra omsorger, förståelse och omhändertagande. Hur ofta glömmar vi inte bort att betrakta de anhörigas behov?

### Förslag till medicinsk behandling

#### a) Förebyggande behandling

Väsentligast vid medicinering av kronisk smärta hos svårt sjuka och döende är förebyggande behandling, dvs. patienten skall alltid få påföljande dos innan den föregående har slutat att verka, alltså många gånger innan patienten själv anser sig behöva. Kontinuerlig förebyggande smärtbehandling ger som regel mindre allmänpåverkan. Patienten blir lugnad och slipper oviss väntan.

De första dagarna av medicinering, eller då dosen måste höjas till följd av ökad smärintensitet, företer patienten ofta trötthet, kanske sluddrighet, men dessa symtom brukar i de flesta fall avta efter 2-4 dygn, kanske något längre tid för äldre patienter.

Man får inte glömma att informera patienten och anhöriga om förväntade biverkningar. Just känslan av oklarhet, kan av patienten upplevas som så obehaglig att han avböjer hjälp och istället har ont.

Om en patient ej accepterar smärtlindring, finns måhända missförstånd, tidigare biverkningar eller fördomar i bakgrunden? Är någon närstående misstänksam mot mediciner? Återigen, information, "sitta på sängkanten". Många gånger kan man på så sätt undanröja missförstånd och fördomar som äventyrar behandlingen.

#### b) Individuella preparatval

Individuell medicinering där preparat och behandling riktas mot patientens olika symtom. Invanda rutiner passar inte alla. Patientens egna erfarenheter kan utgöra viss vägledning.

Vid måttliga smärttillstånd provas svagare analgetika. Magnecyl eller Paracetamol kan rätt doserade, vara tillräckliga. Om inte provas gradvis mer potenta analgetika. Erfarenheten säger att en trestegsskala är att föredra. Steg två: Dextropropoxifen, Kodein eller kombinationspreparat. Steg tre: Tunga analgetika typ morfin, metadon, ketogin, Dilaudidatropin.

#### c) Individuell dosering

Även dosering bör ställas in individuellt. Senare års farmakokinetiska undersökningar av bl.a. Ketogin och Petidin har reviderat doseringsintervall angivna i FASS. För Ketogin anges numer betydligt kortare duration, hos vissa patienter bara 2, 5-3 timmar och för Petidin ibland bara 1 timmes duration. Biverkningar av Fortagesic, i form av hallucinationer och mar-

drömmar anges som skäl att i allmänhet undvika dessa preparat till patienter som är äldre eller som har ett nedsatt allmänt tillstånd.

Även vid val av preparat, bör dosering startas lågt (om patienten ej har svåra smärtor) och gradvis höjas till patienten upplevelser tillfredsställande lindring.

Individuell smärt- och symptomlindring kan vara svår att uppnå. Många bakslag kan uppkomma som exempelvis biverkningar och oväntade psykologiska reaktioner. Jag vill så gärna betona vikten av att vi bryr oss, ständigt försöker förbättra, och att vi stöder patienten, anhöriga och varandra, så att vi inte passiviserar av motgångarna. En enda liten framgång för en lidande patient visar att det är värt att försöka.

### Ångest och andnöd

Förutom smärta är andnöd ofta ett problem för svårt sjuka och döende. En andnöd där åtgärder som Lasix, Teofyllamin eller syrgas inte längre har någon påtaglig effekt, då orsakerna till patientens besvär kan vara bl.a. generellt nedsatt allmäntillstånd, vätska i buk eller pleura, låga blodvärden eller metastaser. Den försvagade andningen orsakar i sin tur ofta en svår ångest hos patienten, som kanske inte förmår delge oss detta. Insikt och förtänksamhet hos vårdpersonalen behövs för insättande av ångestlindrande behandling. Återigen, medmänsklighet! Inte skall en människa behöva ligga ensam och utlämnad i denna situation. Det vill inte du och inte jag heller, inte våra anhöriga eller våra patienter.

För att lindra den ångest som kan uppstå till följd av dålig andningsfunktion, så så kan tektalt, alternativt intravenös långsamt given injektion, av Stesolid tillämpas, 2-5-7, 5-10 mg - tills patienten får lugn och ro och kanske somnar. Även morfin im. eller iv. kan ge ro. Återigen, läkarens uppgift är att göra den sjukas sista tid så föga ansträngande och så rofylld som möjligt. En patient som upplever oro, ibland panik p.g.a kvävningsskänsla

Många gånger tycks vi hysa större rädsla för läkemedelsbiverkningar, än för patientens lidande. Åtgärder som vidtas för att förskona patienten från smärta och ångest, avser att ske med patientens bästa för ögonen inte för att förkorta någons liv. Med den yttersta vördnaden för livet innefattas skyldigheten att med alla medel göra livet så drägligt som möjligt för den svårt sjuke patienten fram till dess att han dör.

Med försvagad andning följer ibland även ansamling av slem, t.ex. vid s.k. "dödsrosslingar" som kan pågå i flera dygn. Den ännu ej medvetlösa patienten upp-

lever påtagliga kvävningsskänslor. Därtill är rosslingarna mycket påfrestande för anhöriga. 1 ml. morfin-scopolamin alt. oxicon-scopolamin (10 mg. opiat plus 0,4 mg scopolamin.) im. eller iv. kan lindra. Slemavsöndringen brukar avta och andningen blir lugnare. Det blir ro i sjukrummet. Inj. kan upprepas flera gånger. Observera att muntorrhet tilltar – fukta munslemhinnorna ofta.

Vid val av smärt- och symtomlindring får man sällan något resultat utan att samtidigt orsaka något obehag. I varje enskilt fall bör bedömmas, vad som ger bästa lindringen för patientern. Aktivt förebyggande av biverkningar är viktigt, ex. kombinationen av neroleptika plus opiat, vilken motverkar illamående och förstoppning.

Bakslag kommer ofta, men jag vill gärna avsluta med en positiv fallbeskrivning.

### Fall I

En drygt 70-årig man med långvarig svår hjärtsjukdom och många ambulansfärder till akutmottagningen, hade undanbett sig ytterligare sjukhusvård.

När nu lever och njurar började svikta ville han tillbringa sin sista tid hemma. Hustrun ville göra allt för att genomföra hans sista önskan. Kvalificerad hemsjukvård var inkopplad. Det svåraste problemet för familjen var hans oerhörda ångest, inte så mycket för att dö, men hur skulle han dö? Han beskrev klart hur det kändes

när lungödemet hotade att kväva honom. Detta var han rädd för och mot sådan ångest och skräck hjälper aldrig så mycket kärlek eller valium.

En dag debuterade symtom på hotande lungödem. Snabbt gavs 1 ml. morfin-scopolamin im. Intet rossel hördes via stetoskopet, När patienten vaknade var han piggare än på mycket länge, men viktigare var att en stor del av hans ångest hade gett med sig. Nu visste han att något fanns som hjälpte mot kvävningen, som han varit så skräckslagen för. Så sattes 1 ml. morfin plus scopolamin som nattmedicin, regelbundet varje kväll.

Patienten blev därefter lugnare för varje dag inför vissheten att han skulle få sova gott till natten. Han berättade för vem som ville lyssna att nu mätte han så mycket bättre. Han orkade glädja sig åt och njuta något av att sitta uppe, äta lite mer, ta emot besök och ordna vissa praktiska detaljer. Denne patient levde ytterligare fyra veckor efter att den ovan beskrivna behandlingen insattes. Han kanske inte levde längre, men han levde definitivt så mycket bättre.

### Vid behov – en önskad ordination?

Till slut, ordinationen "Vid Behov" är tänkt att vara patienten till gagn, men doseringen kan ofta bli godtycklig, då det kan vara många olika individer som avgör lämpliga tidsintervall. Ingen har tagit ställning, som ju görs vid annan behandling. Bland personalen kan finnas sådana som

tycker mindre om patienten, som kanske ej litat på honom och som själva känner sig osäkra. Inte kan han då garantera förebyggande kontinuerlig smärtbehandling. Patienten vet t.ex. mycket väl när det ena arbetslaget tjänstgör får han sova, men vid andra tillfällen känner han ångest långt innan, hur det kommer att bli. Han ringer ber om sin dos, och får till svar... "redan?" Det var ju bara två timmar sedan...Är det verkligen sant att du har så ont?...Din granne som är lika sjuk som du tigger inte och ber som du... Vet inte du att du får starka mediciner?...Är du inte rädd att bli narkoman?...osv.osv. Inte sägs alla dessa välmenande ord av elakhet eller kallsinnighet, men kanske i avsaknad av kunskap.

Patienten blir förödmjukad, har ont, är rädd och blir inte trodd. Lika otillfredsställande är situationen för personalen. Har patienten kroniska, svåra smärtor och diagnosen innebär att hans livstid är begränsad, ja då ska inte patienten behöva böna och be om hjälp.

Kontinuerlig förebyggande behandling av smärta innebär företrädesvis peroral behandling på regelbundna tider, individuellt utprovade.

Vård av svårt sjuka och döende är många gånger krävande, men kan man medverka till att göra patientens sista tid något drägligare, kan man underlätta anhörigas bekymmer aldrig så lite, så känns arbetet många gånger meningsfullt och blir kanske mer givande än krävande.

*Litteratur referenser: Svenska Läkaresällskapets Handlingar band 85 häfte I 1976, Etiska Värderingar – Medicinskt Handlande, Socialstyrelsens kungörelse om medicamentell smärtbehandling i terminalvård SOSFS (M) 1979:21, SOU 1979:59 Sjukvård i Livets Slutskede, Lindring av Smärta och Obehag hos Döende E Killander, M Baines Studentlitteratur 1979*



# Hjälpmedel vid urin- och tarminkontinens

Vid symposiet om Terminalvård framfördes följande konkreta och mycket uppskattade föredrag över möjligheterna att hjälpa patienter med urin- och tarminkontinens. Ett riktigt utnyttjande av dessa hjälpmedel minskar avsevärt de subjektiva besvären för patienter med dessa symptom. Det fordras dock att man har viss kännedom om tillgängliga hjälpmedel, samt även besitter viss kunskap om hur de fungerar.

Känner man sig osäker kan man som artikelförfattaren påpekar få information på apotek eller hos distriktssköterskor.

Artikelförfattaren Borghild Ljungkvist tjänstgör som apotekstekniker på Apoteket Svanen, Malmö.

## Dambindor

För lätt urininkontinens hos kvinnor finns olika typer av bindor, ex. Sanisept, Mimosept och Förlossningsbinda. Rustibuss och Lenina har fyra olika storlekar på blöjor för att tillgodose olika krav hos patienten.

## Herrbindor

Herrbindan finns för män med lätt droppinkontinens. Bindan bör bäras tillsammans med Hygienabyxa. OBS att skumplasten skall vara vänd mot byxan.

## Avdelningsanordningar

Män med större besvär använder oftast Unodrop, Uridrop och Uridrop special, (en tunnare variant) som fästs med antingen Tensoplast eller dubbelhäftande Urihesive. Det är viktigt att häftan inte läggs omlott utan går kant i kant. Uri-band, ett kardborrband, kan också användas. Dessa urindroppssamlare kopplas ofta till Uribag. Ett alternativ till Uridropp är Duni Urinalbandage, som spänns fast med bälte.

Ordnatören till patienter som behöver kateter har att välja mellan många olika fabrikat. Latex till helsilikonkateter, vilken typ man väljer beror ofta på hur länge katetern skall ligga inne. I terminalvården är det oftast så att man föredrar en förfylld kateter.

Katetertillbehör: Mediaplast kateterpropp (engångs), kateterklämma med skruvlås eller snäplås. Det lättaste att använda är kateterventil, två fabrikat finns, Norabel och Bivent.

Vid behov fästs Uribag på katetern. Uribag har kort slang för dagbruk och lång slang för nattbruk. Om patienten är aktiv och rör sig för mycket är Bibag att rekommendera. Bibag har tre åtskilda kamrar, vilket dämpar förekommande skvalp.

Uribag fästes med olika typer av bälten eller Netti byxben, Det är viktigt att man tar hänsyn till patientens klädsel. Det skulle vara olyckligt om "påsen" t.ex.

hänger under kjolen.

För att underlätta tömningen av Uribag, finns ett hjälpmedel som heter Punktura, en liten plåtsak att sätta på insidan av toalettstolen. Den är mycket lätt att använda och patienten slipper använda sax eller dyl. OBS Punktura är inte kostnadsfri.

## Blöjor

Patienter med urin- och tarminkontinens har tillgång till Vingblöja, Maxiblöja, T-formblöja, Byxblöja och Storblöja. Alla kan kombineras med antingen Nettibyxa eller Hygienbyxa. Plastsnibben är svår att knyta själv för patienten, varför den passar bäst i slutenvård eller där hjälp finns.

## Skyddsanordningar

Hygienunderlägg och Lakansskydd användes för att skydda sänglinne, och förekommer i olika fabrikat och storlek.

## Ordination

Det är viktigt att hjälpmedelskortet ifylles noggrant. Uppgifter som bör finnas på kortet är födelsedatum, namn, adress och tel.nr. – Produktnamn, storlek, antal och varunr. och antal gånger kortet får exp. – Ordinatörens namn och tel.nr.

Från det att patienten lämnat hjälpmedelskortet på apoteket tar det ca 1 vecka tills patienten får hjälpmedlen hem i bostaden. Hjälpmedlen kommer från ADA-Partille helt anonymt. Apoteken har normalt inte hjälpmedlen i lager, men hjälper gärna till med frågor om sortimentet hjälpmedel.



## DISKUSSIONEN SOM KOM BORT??

I SFAM-nytt 2/3 -80 togs det upp en diskussion av några av föreningens medlemmar med anledning av SFAMs' styrelses' agerande i fråga om den framtida allmänläkarutbildningen.

På årsmötet i december togs denna fråga ånyo upp, varvid den avgående styrelsen fick medlemmarnas förtroende fastslaget vid votering. De fyra medlemmarna önskar dock återkomma med följande inlägg:

Vid SFAM:s årsmöte i dec 1980 påtalade några av undertecknade medlemmar ånyo det märkliga och olyckliga i att en majoritet i SFAM:s styrelse valt att i frågan om den framtida allmänläkarutbildningen gå emot ett enigt fullmäktigemöte i distriktsläkarföreningen (och dessutom också sin egen ordförande!)

Tyvärr kom diskussionen i denna principiellt viktiga fråga i det närmaste bort genom att ett flertal talare valde att än en gång debattera hur många månader av ditten och datten, som borde ingå i utbildningen.

Vi är helt klara på att SFAM är den "vetenskapliga" sammanslutningen för bl. a. distriktsläkare och att föreningens

ståndpunkter inte nödvändigtvis i alla frågor måste eller bör vara samstämmiga med DLF, men i den aktuella frågan med dess konsekvenser för inte bara blivande dl utan för alla verksamma dl, tycker vi dock den fackliga tyngden äor uppenbar.

Att det stora flertalet dl har en annan uppfattning är majoriteten i SFAM:s styrelse i denna fråga är för oss uppenbart. Denna uppfattning grundar vi dels på utfallet av den enkät, som lokalavdelningarna besvarade våren 1980, och dels uttalanden och beslut vid DLF:s fullmäktigemöte 1980.

De egendomliga spetsfundigheter som Lennart Råstam levererar i ett försök

att förklara att fullmäktigeuttalandet till stöd för Per Swartlings reservation bara gällde Swartling personligen (och egentligen inte sakfrågan) – dessa finesser var nog de flesta delegaterna lyckligt okunniga om. De trodde säkert med oss att de stödde reservantens uttalade mening – vilket fö klart framgår av inläggen som föregick uttalandet som de dokumenterades i mötesprotokollet.

Som det nu blev på SFAM:s årsmöte var enda möjligheten att markera missnöje

med styrelsens agerande i denna fråga att stödja ett väckt förslag om en propå till NLV om antalet månader allmänmedicin. Trots att en sådan propå i dagläget skulle vara inte bara meningslös utan sannolikt också skadlig för våra intressen (vilket medlemmen Nicolausson, Socialstyrelsen, målände beskrev före omröstningen), stödde en tredjedel av årsmötet detta förslag.

Vi tror det vore oklokt av styrelsen att tolka detta smått desperata uttryck för opposition som en stor seger för styrelsemajoritetens linjen.

Det vore klokare att fortsättningsvis agera mindre militant och förankra sig mer grundligt hos en större majoritet av medlemmarna.

Det skulle leda till att det kändes lättare att inom SFAM:s ramar fortsätta arbetet på att stärka allmänmedicinens ställning och att på bred och enig front ta sig an de nya enorma uppgifter den nya utbildningsgången ställer på alla dl.

Det skulle säkert också påskynda anslutningen till SFAM av det stora antal dl som ännu står utanför föreningen.

Avslutningsvis vill vi deklarerat att vi tycker styrelsen skött sig bra i många andra frågor – och att vi tror den kan bli ännu bättre skickad att leda SFAM om den lyssnar till kritik.

Uppsala och Enköping i dec 1980

Aleksander Bakall, Åke Edlund,  
August Schneider, Margareta Strand-  
Jonson

## Medarbeta i allmänläkarboken 2!

Allmänläkarboken från Studentlitteratur utkom till Riksstämman 1979. Vi distriktsläkare i Kramfors har haft stor glädje av den. Kapitel för kapitel har vi tillsammans diskuterat igenom och därvid lärt oss mycket, dels direkt vad som står i den och dels genom diskussionen av gemensamma problem som aktualiserats av boken.

Allmänläkarboken har fått ett i stort sett välvilligt mottagande och redaktören har fått synpunkter från läkare av olika specialiteter och andra läsare: Ett genomgående drag i synpunkterna har varit att boken skulle ha skrivits av allmänläkare. Denna kritik vill vi ta hänsyn till när vi nu tillsammans med Studentlitteratur kommit överens om att försöka göra Allmänläkarboken 2 med distriktsläkarna i Kramfors som redaktionskommitte. Vi har bestämt oss för att ge allmänläkarna i Sverige en rejäl chans att vara med och utforma boken. Vi är också övertygade om att sådan medverkan är till fördel för den slutliga produkten: ALLMÄNLÄKARBOKEN 2.

Du som själv känner för att medarbeta, ta kontakt med någon av oss och beskriv kort vad Ditt bidrag skall handla om. Känner Du någon annan som Du uppfattar som lämplig och kunnig, be honom eller henne göra sammalunda: alltså skriv till oss och berätta om vad han/hon vill delta med. Vi avser inte att skapa en debattbok. Innehållet får naturligtvis gärna var kontroversiellt, men tyngdpunkten ska ligga på kunskaper, som allmänläkaren har glädje av i sin dagliga gärning i arbetet med patienterna. Boken ska gå att läsa om tre år också.

Utfallet av den här uppmaningen avgör vad Allmänläkarboken 2 ska innehålla. Får vi in mycket bra material kommer boken att ha endast allmänläkare som författare. Om inte, blir nästa bok en blandning och då med starka drag av den första bokens uppläggning. Vi i Kramfors tycker att det ska bli stimulerande att arbeta med en ny allmänläkarbok, och skall försöka göra ett så gediget redaktionellt arbete som det är oss möjligt.

Preliminärt press-stopp för färdiga man-

us är den 31 augusti 1981, men Ditt intresse i att medverka vill vi veta så fort som möjligt, senast den 31 januari 1981.

Någon gång under våren 1982 kan då allmänläkarnas Allmänläkarbok komma ut av trycket.

Adress:

DL Göran Carlsson  
Allmänläkarboken  
Vårdcentralen  
872 00 Kramfors

Karl Erik Fichtelius, VC Skog, 0613-311 04  
Karin Nordh, 1 dl-tjänst, ledig för vik.  
Anita och Nils Stenberg, VC Ullånger  
Kerstin Ågren, VC Bollstabruk  
Göran Karlsson och Lars Åkerström, VC Kramfors, 0612-115 10  
Thomas Lundgren, VC Nyland, 1 tjänst ledig  
Carl Wellander, VC Nordingrå  
Studentlitteratur ab, Margitta Edgren, Box 1719, 221 01 Lund, 046-30 70 70

# SFAM

## MEDLEMMAR REKRYTERA TILL SFAM

**A**lla specialister eller blivande specialister har sin specialistförening. Allmänläkarnas specialistförening är SFAM. Svensk Förening för Allmän Medicin.

De senaste åren har SFAM expanderat kraftigt och har nu mer än 1000 medlemmar. Föreningen har varit och är verksam inom Vidare- och Efterutbildning, Utvecklingsarbete, Forskning, Avgränsning mot andra specialiteter, Internationella kontakter. Föreningen utger SFAM-NYTT en tidskrift som med ett brett perspektiv tar upp såväl kliniska som organisatoriska frågor aktuella inom allmänmedicin, allmänläkarvård och primärvård. SFAM arrangerar årligen ett flertal efterutbildningskurser och möten.

Fortfarande är emellertid många allmänläkare eller blivande allmänläkare inte medlemmar i SFAM. Det är vår övertygelse att även de skulle ha nytta och glädje av att vara medlemmar i föreningen. Vi vill i detta sammanhang presentera vad som skrevs i Distr. läk. föreningens informationsblad efter Höstmötet -80 i Malmö:

"Programmet var av hög kvalitet och uppskattades av deltagarna. Svensk Förening för Allmän Medicin, som är allmänläkarnas vetenskapliga förening, har emellertid ett alltför lågt deltagarantal av distriktsläkare. Det känns därför angeläget för undertecknad att rekommendera lokalavdelningarna att skaffa information om resp. göra reklam för medlemskap i SFAM." – B. Gran, styrelseledamot DLF.

För att således nå alla de allmänläkare eller blivande allmänläkare, som ännu inte är medlemmar i SFAM, så vill vi uppmana alla föreningens nuvarande medlemmar att vidtala sina kollegor. Information om föreningen kan ges på arbetsplatsen eller i samband med möten t.ex. lokala "fack-möten" för distriktsläkare eller praktiker. Anmälan om medlemskap kan insändas på nedanstående talong. Om fler vill anmäla sig samtidigt kan listor med namn insändas till samma adress.

Vi vill slutligen speciellt påpeka vikten av att vi intresserar och engagerar blivande allmänläkare för SFAM.

---

**A**nmälan om medlemskap i SFAM.

Namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_

Postadress: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

FRANKERAS

# SFAM

Box 5610

114 86 Stockholm